Costos y calidad en salud

Lic. Delia Aída Vargas González

Introducción:

El desarrollo de tecnologías sanitarias en las últimas décadas ha traído aparejado una mejora en la salud de la población, disminuyendo la morbimortalidad de los recién nacidos, pero provocando un serio problema: los costos. Frecuentemente estos limitan la capacidad de fortalecer la infraestructura y los recursos humanos (RRHH). El gasto en salud tiende a crecer en el mundo desarrollado y en vías de desarrollo por el aumento de la demanda y el aumento del costo de las tecnologías sanitarias que se incorporan a los servicios médicos. La economía como disciplina es un auxiliar necesario para asignar los recursos financieros a la atención médica, sin olvidar la calidad de la prestación. Las decisiones en salud deben ser tomadas interdisciplinariamente; lo correcto es complementar el conocimiento económico y la medición de los resultados. Ignorar criterios de costos para decidir tratamiento e intervenciones, puede tener consecuencias desastrosas para el presupuesto de una institución pública y para la rentabilidad de una empresa privada.

Los sistemas sanitarios nacionales y provinciales tienen como objetivo la cobertura universal y gratuita de la salud, garantizando la accesibilidad y una prestación equitativa y de calidad. Pero como contraparte, promueve a veces el uso excesivo de recursos que no siempre significa más calidad y eficiencia ni mejores resultados para la salud de la población. Los gerenciadores del sistema sanitario a veces se enfrentan a decisiones en salud que no obedecen a un verdadero sentido de la equidad y equilibrio entre la necesidad, la demanda y los recursos limitados, sino al vínculo con la política y a la necesidad de responder a exigencias y reivindicaciones sociales.

En la Argentina hay un escaso desarrollo del primer nivel de atención; el paciente ingresa al sistema directamente al segundo nivel, donde al menos se asegura de ciertas respuestas a su problema de salud. La mayoría de los hospitales públicos de nuestro país poseen un aparato burocrático y normas administrativas rígidas, que sumados a la ausencia de mecanismos de coordinación provocan el uso inadecuado de los recursos y gestión ineficiente de los RRHH. Para ir subsanando esta situación, sería necesario avanzar en un proceso de integración de los servicios del sector público para evitar la superposición y el gasto improductivo, y en una segunda etapa incorporar al sector privado en este proceso para garantizar una red de atención que disminuya los costos y el impacto de la crisis financiera en el sector salud.

Costos

Los costos en salud son los gastos ligados a la producción del servicio, entre ellos el pago de mano de obra e insumos. Pero los costos a considerar en un análisis económico, no siempre son tangibles. El dolor y el sufrimiento, la pérdida de productividad laboral como resultado indirecto de la enfermedad son costos difíciles de medir.

Los gerentes, ante la escasez y restricciones de los recursos financieros se verán obligados a priorizar; el dilema está en cómo priorizar. Se requiere de varios instrumentos y métodos disponibles en la actualidad.

Cuando se toman decisiones en medio de la incertidumbre, puede significar financiar o no un programa, adquirir o no una tecnología, aplicar o no un tratamiento, decisiones que impactan en un grupo de pacientes o una población definida o en ámbitos más amplios como la salud pública. Los análisis de costo-efectividad y evaluación económica de tecnologías sanitarias (ETS) y el criterio de eficiencia, son herramientas que permiten establecer prioridades.

La tasa de costo-efectividad está representada por los años de vida ajustados por calidad (AVAC). Es una unidad de medida de efectividad, que incorpora la cantidad y calidad de vida. La estimación del valor monetario de la salud medida mediante los AVAC ha sido uno de los aportes más útiles de las últimas décadas en la gestión financiera de la salud.

A diferencia de otros indicadores de resultados sanitarios como la esperanza de vida al nacer o la tasa de mortalidad, los AVAC incorporan en un único valor numérico no solo la supervivencia o cantidad de vida, sino la morbilidad o calidad de vida. Relaciona los años de vida extra que proporciona un tratamiento dado, con la calidad de vida del paciente.

Los AVAC puede resultar una herramienta válida para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública, como los proyectos ambientales que tienen como objetivo reducir el riesgo de contraer ciertas enfermedades. Junto a la ETS que utiliza datos de investigación clínica, los estudios de costo-efectividad, el análisis del impacto social del uso de las tecnologías y la regulación de medicamentos, permitirían deducir si se está pagando la salud a un precio razonable.

Calidad en salud

La finalidad de cualquier sistema sanitario es promover y mantener la salud, evitar, aliviar y tratar la enfermedad, asegurando que los servicios que ofrece posean las características mínimas de equidad, accesibilidad y calidad. En las últimas dos décadas la seguridad y la calidad se han convertido en una prioridad de los sistemas sanitarios.

En mayo del 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó la Resolución "Calidad de la atención: seguridad del paciente", por la que compromete a los estados miembros a prestar mayor atención al problema de la seguridad del paciente, a establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad y la calidad de la atención. En respuesta a la anterior resolución, en el año 2004, la 57ª AMS propuso formar la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, cuyo lanzamiento por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo lugar en octubre del mismo año, en la sede OMS/OPS, en Washington DC.

En la Argentina, en julio del 2001 fue aprobada por resolución Nº 517/01 del Consejo de Administración de la Academia Nacional de Medicina (ANM) la creación de un Comité de Error y Calidad en Medicina. Este Comité encomendó al Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, realizar un estudio sobre el error en medicina. Este Instituto diseñó, desarrolló e implementó un programa para el mejoramiento de la seguridad

en la atención de los pacientes. En el 2003, el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) otorgó un subsidio para este programa. En el año 2005-2006 se otorgaron nuevas becas para la continuidad del programa y se sumaron otras instituciones al programa, entre ellas el Hospital de Pediatría J.P. Garrahan.

Este programa se basa en los siguientes criterios:

- Si se conocen las causas de los errores se podrán tomar medidas correctivas.
- Las personas no actúan solas, están condicionadas por las circunstancias y la cultura institucional.
- No penalizar el error, favorecer el aprendizaje que dejan estos eventos.

Uno de los mayores expertos en calidad, Avedis Donabedian (1919-2000) investigó sobre la calidad en atención médica, mencionó el error médico y propuso su estudio para prevenirlo. Acuñó la siguiente definición de la atención médica: “El logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente...”

Donabedian adaptó su teoría y aplicó los conceptos de estructura, proceso y resultado para evaluar la calidad en este área.

- La estructura: analiza la planta física y organizativa que incluye los RRHH, materiales, operaciones administrativas y naturaleza jurídica.
- El proceso se refiere a las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Los resultados miden los efectos de la atención en la salud de los pacientes y/o población definida.

Clasifica a los resultados en favorables y adversos. Los resultados favorables se miden como curación, supervivencia, estado fisiológico, emocional y físico, y satisfacción. Los resultados adversos se manifiestan como muerte, incapacidad, dolor e insatisfacción de los pacientes.

Otro de los padres de la calidad fuera del ámbito de la salud que aportaron herramientas fue Walter A. Shewhart (1891-1967), a través de la Statical Method from the viewpoint of Quality Control (1939).

El ciclo de la calidad de Shewhart posee tres componentes:

1) Planear: definir metas y métodos.
2) Ejecutar: capacitar y realizar el trabajo.
3) Chequear: evaluar los resultados, y finalmente realizar acciones correctivas.

Williams E. Deming (1900-1986) propone implementar un proceso de calidad y define 14 puntos esenciales para tener en cuenta durante el desarrollo y ejecución del mismo.

Joseph M. Juran (1904-2008) fue un consultor de gestión del siglo XX que es principalmente recordado como un evangelista de la calidad y la gestión de la calidad. Ideó un proceso de mejora continua a través de la secuencia universal:

- Realizar las mejoras proyecto por proyecto
- Determinar el proceso de selección de proyectos
- Asignar a cada proyecto un equipo de trabajo de 7 u 8 integrantes
- Incrementar el parámetro de calidad
- Hacer participar a la alta Administración en el progreso de las mejoras de calidad
- Proporcionar entrenamiento extensivo a todo el equipo administrativo para establecer el programa anual de mejora de la calidad
- Otorgar reconocimiento y premios públicos a fin de destacar los éxitos obtenidos en el proceso de mejora de la calidad.

Kaouro Ishikawa, de la Universidad de Tokio, utilizó el diagrama de Causa y Efecto o también llamado en Espina de Pescado que permite analizar de una manera integral las diferentes causas que determinan un problema. Ishikawa considera que las mejoras se deben hacer en todos los procesos de la organización y no solo en los procesos productivos.

Dimensiones de la calidad en salud:

- Efectividad
- Eficiencia
- Respeto a los derechos de los pacientes
- Accesibilidad
- Aceptabilidad
- Continuidad
- Adecuación
- Seguridad
- Equidad

En toda organización productiva los recursos humanos constituyen un recurso estratégico y crítico necesario para alcanzar el éxito.

Esto es mucho más cierto en las organizaciones sanitarias, cuyos servicios van directamente a las personas y están basados primordialmente en la relación interpersonal. La relación usuario-operador está caracterizada por el grado de personalización y humanización de la prestación. Ante este escenario la gestión y desarrollo del RRHH representa el punto crítico de cualquier sistema y es el principal determinante de los resultados obtenidos.

La calidad en el cuidado contiene al menos dos componentes:

1) Técnico científico:
  a. Tomar la mejor decisión basada en la evidencia científica disponible y en la experiencia.
  b. Tener la habilidad, precisión y oportunidad en la planeación y ejecución del cuidado.

2) Relación interpersonal:
  a. Tratar con respeto, franqueza y sensibilidad al paciente y su familia.
  b. Desarrollar la habilidad del profesional para comunicarse y obtener la confianza del paciente y su familia.
  c. Garantizar la participación de la familia del paciente en las decisiones sobre su cuidado y tratamiento.

Las primeras nociones de calidad en enfermería fueron señaladas por Florence Nightingale (1820-1910) que en la guerra de Crimea, en el año 1958, concentró a los pacientes/soldados heridos que necesitaban de cuidados, en grupos establecidos según el nivel de gravedad de las heridas. Intentó optimizar los estándares de la práctica del cuidado. Posteriormente escribió una obra denominada Notas sobre enfermería, donde relacionaba la calidad de los servicios que brindaba y la mejora del medio ambiente de los pacientes.

Los indicadores son de valor estadístico y brindan información sobre el estado o tendencia en el tiempo en relación a

una intervención específica. Cuando se debe establecer la calidad en el cuidado de enfermería, uno de los indicadores más sugeridos es el coeficiente enfermera-paciente. Una amplia cantidad de estudios demuestra que una combinación entre el número de enfermeras y las capacidades y conocimientos de las mismas, están en relación directa con la disminución de la morbimortalidad, complicaciones en la evolución del paciente y aumento en la satisfacción del usuario.

Costos y calidad en la UCIN:
El perfeccionamiento en el conocimiento de los problemas del recién nacido (RN) críticamente enfermo y sus necesidades, conjuntamente con una mayor disponibilidad tecnológica, ha permitido el aumento de la supervivencia de recién nacidos pretérmino (RNPT), especialmente de aquellos con edad gestacional (EG) extremadamente bajas y pesos de nacimiento menor a 1500 g, denominados de muy bajo peso al nacer (MBPN). Esta situación trae aparejado un incremento de la morbilidad neonatal y sus secuelas.

Se calcula que en el 10% del total de los nacimientos, los RN requieren de algún tipo de asistencia para iniciar la respiración al nacer y de ellos solo el 1% necesita de medidas más complejas de reanimación para sobrevivir.

La morbilidad de estos pequeños pacientes se traduce en diversos trastornos, que requieren del equipo de salud algunas características:

1) Personal médico y de enfermería calificado y adecuadamente entrenado.
2) Instalaciones edilicias y tecnología apropiadas para el diagnóstico y tratamiento.
3) Atención médica y cuidados de enfermería programados, eficientes y basados en la mejor evidencia disponible.
4) Seguimiento de los RN que han sido dados de alta de las unidades de cuidados intensivos neonatales.

La Neonatología en nuestro país tiene que enfrentar algunos retos para llegar a cubrir las necesidades de la población:

1) Las condiciones socioeconómicas y las políticas en salud, quizá son los problemas de más difícil y compleja solución, por la variedad de actores que interactúan y que no provienen sólo del sector salud.
2) Los desafíos relacionados con el avance de la especialidad en cambio, son más fáciles de abordar. Aquellos que involucran a los RRHH son los que hacen la mayor diferencia en los resultados.

El desafío de aquellas enfermeras que tienen la responsabilidad de administrar un servicio de neonatología son:

- Prestar siempre un cuidado de enfermería seguro y efectivo
- Evitar la formación de servicios inefectivos
- Eliminar los errores en la atención de enfermería

Un programa de garantía de calidad en enfermería, es un proceso mediante el cual se constituyen los objetivos de calidad y una serie de guías clínicas, normas de procedimientos y estándares basados en la mejor evidencia disponible, que guíen la actividad y permitan detectar oportunamente las desviaciones.

Las principales características del cuidado de enfermería que hacen posible los objetivos de calidad son: competencia, seguridad, accesibilidad, oportunidad, credibilidad, rapidez, fiabilidad, comunicación, adecuación en número, conocimientos y habilidades.

Algunas herramientas que permitirían alcanzar los objetivos:

- Cuantificar la carga de trabajo, incluyendo el aspecto cognoscitivo/intelectual de la función.
- Desarrollar una enfermería basada en la evidencia en la salud perinatal y neonatal.
- Adoptar la cultura, los métodos e instrumentos idóneos para la gestión del riesgo.

La profesión de enfermería en la Argentina, ha ingresado en el último decenio en un periodo de grandes cambios y conquistas en lo referente al marco legislativo que conlleva modificaciones en la formación y en el ejercicio de la profesión. Se le reconoce un ámbito de competencias definido y con autonomía. Estos cambios traen aparejados la responsabilidad civil y penal, y exige enfrentar nuestra profesión con un mayor compromiso hacia el paciente, la comunidad y los resultados en salud.

Bibliografía

1. Donabedian A. Ensayo. Prioridades para el Progreso de la Evaluación y Monitoreo de la Calidad de la Atención. Salud Pública de México 1993; 35: 120-122.

2. Donabedian A et al. Quality, cost and health: An integrative model. Med Care 1982; 10: 975-992.

3. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Implementación de un programa para el mejoramiento de la seguridad en la atención médica. 2007. http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pngcam/pngcatm.html. Consulta: 9 de julio de 2009.

4. OMS, Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente/OMS. 2006.
http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf
Consulta: 9 de julio de 2009.

5. OPS. 27° Conferencia Sanitaria Panamericana. 59° Sesión del Comité Regional. Política y Estrategia Regional para la Garantía de la calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. Washington, 2007.

6. Otero R. Evaluación, Acreditación y Garantía de Calidad en los Servicios Sanitarios. Master en Políticas y Gestión en Salud

Europa-América-Latina. Univ. de Bologna. Representación en Buenos Aires. 2006.

7. Pinto Prades J L, Pérez Martínez J E, Estimación del valor monetario de los años de vida ajustados por calidad: estimaciones preliminares. Ekonomiaz. 2006;60 :7- 46.

8. Sacristán J A, Oliva J, Del Llano J, Prieto L y Pinto J. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? Gac Sanit. Madrid España. 2002:16 (4) 334-343.

9. Vasallo C. Economía de la Salud. Aportes de la economía a las políticas de salud. Conferencias del 1er Seminario de Economía de la Salud. Buenos Aires, 2005.

10. Vasallo C. Escasez, asignación de recursos en salud y crecimiento económico. Revista Médicos Abril 2003:24
http://www.revistamedicos.com.ar/numero24.htm
Consulta: 9 de julio de 2009

11. Vasallo C. Nuevos desafíos de la administración hospitalaria. Claves para una gestión mejor. Revista Médicos Mayo 2005:34.
http://www.revistamedicos.com.ar/numero34.htm
Consulta: 9 de julio de 2009.